

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 95.

DE LA

CYSTOSTOMIE PRÉCOCE

GOMME

TRAITEMENT CURATIF

DE LA

TUBERCULOSE VÉSICALE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 23 Janvier 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis DOMAGE

Né le 5 septembre 1873, à Castres (Tarn).

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-EDITEUR DE L'UNIVERSITE

4, RUE GENTIL, 4

—
Janvier 1900.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 95.

DE LA

CYSTOSTOMIE PRÉCOCE

COMME

TRAITEMENT CURATIF

DE LA

TUBERCULOSE VÉSICALE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 23 Janvier 1900

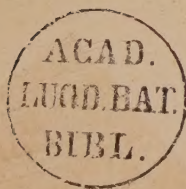
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis DOMAGE

Né le 5 septembre 1873, à Castres (Tarn).

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Janvier 1900.

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
LACASSAGNE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES
MM. PAULET, CHAUVÉAU, BERNÉ.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	{ MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.	{ BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	{ OLLIER.
Clinique ophtalmologique.	{ PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	{ FOCHIER.
Clinique des maladies mentales.	{ GAYET.
Physique médicale.	{ GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.	{ PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.	{ MONOYER.
Matière médicale et Botanique.	{ HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée.	{ CAZENEUVE.
Anatomie.	{ FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.	{ LORTET.
Physiologie.	{ TESTUT.
Pathologie interne.	{ RENAUT.
Pathologie externe.	{ MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.	{ TEISSIER.
Anatomie pathologique.	{ AUGAGNEUR
Médecine opératoire.	{ MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.	{ TRIPIER.
Médecine légale.	{ POLLOSSON (M.)
Hygiène.	{ ARLOING.
Thérapeutique.	{ LACASSAGNE.
Pharmacie.	{ BARD.
	{ SOULIER.
	{ CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.	WEILL, agrégé.
Maladies des voies urinaires.	CHANDELUX —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS, —
Accouchements.	POLLOSSON (A.) —
Propédeutique médicale.	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale.	GANGOLPHE, —
Botanique.	BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	COURMONT.	VALLAS.	PAVIOT.
ROUX.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVE-JOSSERAND
POLLOSSON (A.)	COLLET.	DURAND.	BÉRARD.
ROCHET.	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROLLET.	BARRAL.	PIC.	BORDIER.
CONDAMIN.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président ; M. VALLAS, Assesseur ;

MM. PAVIOT et BÉRARD, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A M. LE MÉDECIN-INSPECTEUR GÉNÉRAL
DUJARDIN-BEAUMETZ

A M. LE PROFESSEUR FORGUE
Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de médecine
de Montpellier.

A M. LE D^r CHOUVET

A M. LE D^r ANDRÉ
Chef du Laboratoire des Cliniques de l'Hôtel-Dieu de Marseille.

A M. LE PROFESSEUR PONCET

Professeur de Clinique chirurgicale,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A M. LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ BÉRARD

Ce modeste travail nous sera une précieuse occasion de manifester notre reconnaissance à tous ceux qui ont bien voulu nous témoigner de l'intérêt ou nous ont favorisé de leur amitié.

Nous tenons à renouveler ici à M. le Médecin-inspecteur général, Dujardin-Beaumetz, et à M. le professeur Forgue, l'assurance de notre respectueux dévouement et de notre profonde gratitude pour l'accueil si bienveillant dont ils veulent bien nous honorer depuis de longues années.

Nous avons voué à M. le Dr Chouvet, depuis notre enfance, une amitié respectueuse. Nous sommes heureux de pouvoir, en cette circonstance, rendre hommage à sa longue carrière de praticien aussi distingué que modeste.

Notre jeune maître, M. le Dr André, a fait preuve envers nous d'une complaisance inlassable et d'une amitié dévouée. Nous ne lui apprendrons rien en l'assurant ici de notre vive affection.

Nous avons contracté, tant sur les bancs du collège que durant nos études médicales, des amitiés solides. Nous prions nos amis qui voudront bien se reconnaître ici, de nous conserver leur amitié comme ils peuvent être assurés que nous leur garderons la nôtre.

Nous adressons nos remerciements respectueux à M. le professeur Poncet pour l'insigne honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse et à M. le professeur agrégé Bérard pour l'extrême obligeance qu'il a eue de nous aider de ses conseils.

INTRODUCTION

Jusqu'à présent la cystostomie sus-pubienne n'avait été appliquée au traitement de la cystite tuberculeuse qu'à une époque avancée de l'affection et dans un but uniquement palliatif. De récentes tentatives ont montré qu'on pouvait lui demander davantage et la pratiquer dans un but curatif. Nous essayerons dans ce travail de montrer comment on est arrivé à cette idée, et pour cela nous le diviserons en cinq chapitres ainsi conçus :

CHAPITRE PREMIER. — *Etude sommaire de la tuberculose vésicale. Résultats importants fournis par l'examen des urines.*

CHAPITRE II. — *Divers traitements employés contre la cystite tuberculeuse. Résultats obtenus.*

CHAPITRE III. — *La cystostomie sus-pubienne. Manuel opératoire.*

CHAPITRE IV. — *Application de la cystostomie sus-pubienne au traitement de la tuberculose vésicale précoce.*

CHAPITRE V. — *La cystostomie sus-pubienne, traitement curatif de la tuberculose vésicale.*

CONCLUSIONS.

DE LA

CYSTOSTOMIE PRÉCOCE

COMME

TRAITEMENT CURATIF

DE LA

TUBERCULOSE VÉSICALE

CHAPITRE PREMIER

**ÉTUDE SOMMAIRE DE LA CYSTITE
TUBERCULEUSE. — RÉSULTATS IMPORTANTS
FOURNIS PAR L'EXAMEN DES URINES**

Nous nous contenterons, dans ce premier chapitre, de passer rapidement en revue les notions relatives à l'étiologie, l'anatomie pathologique, les différents symptômes de la cystite tuberculeuse. Nous insisterons davantage sur l'examen des urines, à cause de son grand intérêt au point de vue de la confirmation du diagnostic précoce, auquel il apporte de précieuses ressources.

La tuberculose vésicale se rencontre exceptionnellement chez les vieillards et les enfants. Elle frappe avec prédilection les adultes, entre quinze et quarante ans. Point important, si elle peut se rencontrer chez un sujet porteur de tubercules dans d'autres organes,

elle peut être une localisation première de l'infection. La clinique nous montre que peu de tuberculeux pulmonaires présentent de la tuberculose vésicale, qui le plus souvent constitue une véritable entité morbide et non pas un épiphénomène pathologique.

Ce n'est pas à dire que cette affection soit toujours primitive, au sens absolu du mot, car le malade aura le plus souvent des antécédents tuberculeux héréditaires ou personnels.

On peut considérer, avec le professeur Duplay, trois types de tuberculose vésicale : un premier type, le plus fréquent, fourni par des malades ayant à la fois une affection de la vessie et de l'appareil génital ; un deuxième par des malades ayant de la tuberculose vésicale isolée ; un troisième par des malades présentant en même temps des lésions du poumon.

Conheim, Verneuil, ont admis, les premiers, l'hypothèse de la contagion par les rapports sexuels. La tuberculose urinaire aurait alors une marche ascendante.

Le professeur Guyon et M. Reclus n'admettent pas cette théorie. Cayla sépare la tuberculose génito-urinaire de l'homme de celle de la femme, pour laquelle il l'admettrait.

Pour lui, la tuberculose génito-urinaire débute par les parties supérieures, notamment par le rein. Actuellement, on admet au contraire que la lésion rénale est secondaire aux lésions vésicales, en se basant sur l'évolution, le tableau clinique et l'anatomie pathologique de la maladie.

Quoi qu'il en soit, que la tuberculose urinaire soit

originaires des parties supérieures ou des parties inférieures de l'appareil urinaire, qu'elle ait une marche ascendante ou une marche descendante, que la manifestation urinaire soit l'expression d'un état tuberculeux latent général, ou qu'elle marque la première et unique empreinte d'une contagion récente, le fait important et qui nous intéresse particulièrement, c'est que, à des degrés variables suivant les cas, la tuberculose vésicale présente un type bien net de tuberculose locale.

Elle évolue complètement d'habitude sans offrir aucune tendance à la généralisation.

Si nous parcourons l'anatomie pathologique de la cystite tuberculeuse, nous voyons que les lésions tuberculeuses de la vessie siègent principalement au niveau du bas-fond et du triangle de Lieutaud, qu'elles sont constituées, comme partout ailleurs, par des granulations grises à différents stades, et par des ulcérations consécutives, de nombre variable, disséminées sur toute la surface de la muqueuse, mais occupant principalement les points précités. Ces granulations sont tantôt nettement séparées les unes des autres, tantôt au contraire confluentes, formant des masses plus ou moins saillantes et compactes.

M. Clado a trouvé au microscope que la granulation tuberculeuse prend son origine dans la muqueuse même de la vessie et, d'une façon plus précise, dans la partie superficielle du chorion muqueux et immédiatement au-dessous de l'épithélium, et non pas, comme on avait cru jusqu'alors, dans le tissu sous-muqueux de la vessie. C'est là une notion d'une grande importance au

point de vue du traitement de l'affection. Nous reviendrons plus loin sur ce point.

La fonte des granulations donne naissance à des ulcérations de nombre variable, de dimensions oscillant de celles d'une pièce de 20 centimes à celles d'une pièce de 5 francs, de profondeur plus considérable, dépassant rarement l'épaisseur de la muqueuse, ayant au contraire une tendance à s'étendre en largeur, et envahissant parfois tout le bas-fond vésical, le col et même l'uretère postérieur. Dans certains cas exceptionnels, on a pu observer des perforations aboutissant à la formation de fistules hypogastriques, vésico-rectales, vésico-vaginales.

Habituellement les lésions spécifiques s'accompagnent de lésions de cystite dues aux microbes pyogènes qui se joignent au bacille de Koch.

D'après les recherches du professeur Guyon, les reins seraient indemnes dans 50 pour 100 des cas.

Le symptôme initial de la cystite tuberculeuse est l'accroissement de fréquence des mictions, sans qu'à ce moment celles-ci soient douloureuses et sans que l'urine soit trouble. On peut l'observer la nuit comme le jour, peut-être même davantage sous l'influence de la chaleur du lit et du décubitus horizontal. Cette fréquence des mictions est parfois déjà si considérable à cette époque, que le malade urine toutes les demi-heures, parfois même plus souvent.

On peut observer encore à cette époque des hématuries, symptôme avant-coureur, analogue aux hémoptysies du début de la tuberculose pulmonaire.

Il est rare de trouver à cette époque du pus dans les urines.

Au bout d'un temps variable, lorsque l'affection est confirmée, le symptôme dominant est la douleur, constante et intense. Elle est exaspérée au moment des mictions et ces dernières atteignent une fréquence inouïe.

Les urines renferment du pus, qui s'écoule surtout à la fin de la miction, et ces urines seront d'un précieux secours pour l'établissement du diagnostic.

Nous empruntons à M. Noguès (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*) les considérations qui vont suivre :

La constatation directe du bacille de Koch dans les urines, par l'examen microscopique du dépôt, n'est pas indispensable pour établir le diagnostic de tuberculose de l'arbre urinaire. La purulence en l'absence de toutes sortes de microorganismes devient à elle seule un signe de haute valeur. C'est là un point que la clinique a bien établi, et M. Noguès rapporte à ce propos une observation typique qui lui a été communiquée par son maître, le professeur Guyon.

Trois moyens permettent de révéler la nature tuberculeuse d'une cystite au moyen de l'urine.

a) *L'examen direct du dépôt sur lamelles.* — C'est le moyen le plus rapide mais le moins sûr ; en effet, le bacille de Koch ne se cultive pas dans l'urine, il y est donc habituellement en petite quantité, et on n'y trouve guère que ceux qui auront été mis en liberté par l'ouverture spontanée d'un foyer caséeux. D'ailleurs, les centrifugateurs rendent de grands services à cette

méthode d'investigation. M. Hallé écrivait récemment que, sur deux cents examens, il avait pu trouver soixante-dix fois le bacille de Koch par l'examen direct au microscope.

b) *Les cultures.* — C'est un procédé infidèle, mais la voie indirecte aurait, au dire de Melchior de Copenhague, une plus grande valeur, et si l'ensemencement des urines suspectes sur les milieux ordinaires restait stérile, il y a une certitude absolue pour que l'on se trouve en présence d'une urine tuberculeuse.

c) *L'inoculation aux animaux.* — Ce procédé est celui qui a donné le plus de résultats. L'animal de choix est le cobaye ; la dose à injecter, 1 centimètre cube dans la peau et dans le péritoine. La mort survient spontanément vers le vingt et unième jour ; en règle générale, les animaux peuvent être sacrifiés au bout d'un mois et demi, et si à l'autopsie on ne trouve aucune lésion, on peut considérer comme négatif le résultat de l'inoculation.

M. Noguès a fait deux groupes d'expériences. Dans le premier groupe, il s'agissait d'urines ne contenant pas de bacilles de Koch, mais d'autres microorganismes. Seule, l'évolution clinique de l'affection permettait de soupçonner une cystite tuberculeuse. Ce groupe comprenait cinq cas, qui tous ont donné un résultat négatif. Il ne s'agissait donc pas d'infection tuberculeuse.

Dans un second groupe, les urines ne contenaient ni bacille de Koch, ni aucun autre microorganisme. Sur 22 cobayes inoculés, 15 succombèrent avec des lésions caractéristiques.

La conclusion logique de ceci est que la purulence, en l'absence de tout microorganisme, devient un signe de haute valeur en faveur de la tuberculose.

Aux différentes époques de l'affection, les différents symptômes que nous venons de passer en revue permettront le diagnostic. Dès son début, la spontanéité causale, l'évolution, l'état général du sujet, l'existence parfois d'autres lésions bacillaires, permettront de résoudre ce problème d'une façon certaine. On s'adressera, pour avoir la confirmation de ce diagnostic, à l'examen des urines, dont la grande valeur diagnostique ressort si nettement des travaux que nous venons de résumer. La cystoscopie n'est pas nécessaire, et elle est contre-indiquée par les accidents, tout au moins douloureux, auxquels elle donnerait lieu en raison de l'extrême irritabilité de la vessie tuberculeuse.

Abandonnée à elle-même, la cystite tuberculeuse a un pronostic fatal. Sa marche est longue, on l'a vue atteindre une durée de quinze à vingt ans, entrecoupée de rémissions parfois très prolongées. A une période avancée, les lésions se propagent aux organes voisins; la prostate, l'appareil urinaire supérieur sont envahis, et le dénouement se précipite.

Que peut-on espérer du traitement dirigé contre cette affection grave non seulement par son pronostic redoutable, mais surtout peut-être par les souffrances et l'état misérable dans lesquels finit le malheureux patient? C'est une étude qui fera l'objet du prochain chapitre, mais dès à présent nous pouvons admettre que ce résultat devra être variable, puisque les cas que l'on traite diffèrent eux-mêmes beaucoup les uns des

autres. Il y a des différences non seulement entre telle cystite arrivée à un stade où les lésions sont très étendues et généralisées et telle autre encore peu avancée, mais même, dès le début, entre cas de tuberculose limitée à la vessie et qui doivent y rester longtemps localisés, par la nature de l'éruption, qui sera tantôt abondante, confluyente, ou au contraire rare, discrète, et par la disposition des tubercules soit à la transformation fibreuse, soit au ramollissement et à la transformation caséreuse.

CHAPITRE II

DIVERS TRAITEMENTS USITÉS CONTRE LA CYSTITÉ TUBERCULEUSE. RÉSULTATS OBTENUS

M. le Dr Banzet, ancien interne de la clinique des voies urinaires (Paris), commence en ces termes une étude du traitement des cystites tuberculeuses, étude à laquelle nous ferons dans ce chapitre de nombreux emprunts : « On a dit bien souvent que la multiplicité des méthodes proposées pour le traitement d'une affection démontrait l'impuissance ou au moins l'insuffisance de chacune d'elles. Or, comme il est facile de s'en convaincre par la lecture des traités de pathologie ou par celle des publications périodiques spéciales, il existe un désaccord complet entre beaucoup de cliniciens, même très compétents, au sujet du traitement de la cystite tuberculeuse ; tel vante les bons effets d'un topique, tel autre n'a obtenu, avec le même médicament, que des résultats peu encourageants ou nuls ; une intervention sanglante est proposée par l'un, et bientôt elle est repoussée avec autant d'ardeur qu'il en a été mis à la conseiller. Aussi beaucoup arrivent-ils à cette conviction, que tout traitement local est inutile et même nuisible dans la cystite tuberculeuse. »

Nous empruntons encore à M. le professeur Forgue la citation suivante : « Il faut savoir être modeste : les guérisons absolues sont rares, répondant surtout aux formes faiblement purulentes, où l'examen bactériologique des urines ne renferme que peu ou pas de bacilles : en pareil cas, il est vrai, la nature tuberculeuse de ces cystites prête à discussion..... Le résultat thérapeutique dépend de la forme anatomique : s'il est des tuberculoses limitées curables, il est des types aigus étendus à toute la vessie et à l'arbre urinaire qui déjouent tout traitement. »

Nous sommes donc, dès à présent, prévenus que le traitement des cystites tuberculeuses n'est pas un de ceux sur lesquels l'accord est parfait, qu'il n'est pas de ceux dont on peut attendre grande satisfaction. Entrons dans le détail de son étude, voyons ce qui a été fait jusqu'à présent, voyons ce qui a été obtenu.

Un premier point qui, celui-là, rallie tous les suffrages, est la grande importance et la nécessité du traitement général, médical. Le professeur Guyon insiste sur la nécessité non seulement de l'employer simultanément avec le traitement local, mais encore de le prolonger très longtemps.

« Les tuberculoses locales sont bien souvent justiciables de la chirurgie, mais elles ne guérissent jamais sans le secours de la médecine. »

M. le professeur Poncet émet également cette opinion dans son *Traité de la cystostomie sus-pubienne*.

On suralimentera donc le malade.

Au lieu, comme cela arrive, de le mettre au régime lacté, ce qui est très bon dans les cystites inflamma-

toires simples, en particulier dans la cystite blennorragique, mais déplorable dans la cystite tuberculeuse, on lui donnera de l'huile de foie de morue créosotée. M. le professeur Guyon donne, avec prédilection, la créosote sous la forme suivante :

Créosote	5 centigrammes
Iodoforme	1 —
Arséniate de soude	1 milligramme
Cynoglosse	5 centigrammes
Poudre de benjoin	q. s.

(Pour une pilule.)

2 pilules au déjeuner et 2 au dîner.

Cette formule permet au malade de supporter la créosote un temps très long.

M. Banzet, pour montrer l'heureuse influence du traitement médical, laquelle « peut être assez grande pour devenir curative », cite quelques exemples de malades suivis pendant de longues années par le professeur Guyon et restés guéris, mais il ajoute : « Nous ne voulons pas insister plus qu'il ne convient sur ces faits, parce que nous irions au delà de la pensée de notre maître et de la nôtre, en cherchant à établir que le traitement général suffit à la cure des cystites tuberculeuses. Nous avons trop fait prévoir l'importance qu'il convient d'accorder au traitement local, pour que le lecteur puisse se méprendre sur la signification de ces faits. »

L'étude de ce traitement local nous intéresse plus spécialement. Nous allons l'aborder maintenant. La difficulté considérable de son maniement, les résultats

inconstants obtenus ont souvent découragé les chirurgiens.

Ayant eu des mécomptes par l'emploi du nitrate d'argent, le professeur Guyon écrivit qu'il ne fallait pas toucher aux vessies tuberculeuses.

Les bons effets obtenus par l'emploi d'autres agents maniés avec les plus grandes précautions modifièrent cette opinion, et le D^r Banzet dit :

« Nous sommes autorisé par les faits à dire que l'on peut et que l'on doit employer le traitement local des cystites tuberculeuses et qu'il faut y recourir de très bonne heure, qu'il faut y insister sans craindre d'aggraver l'état du malade et avec l'espoir de le guérir quelquefois, de le soulager souvent. »

La difficulté de ce traitement local réside en l'excessive sensibilité de la vessie tuberculeuse. Plus que dans toute autre affection, on voit s'exagérer avec violence les phénomènes subjectifs, qui sont ici la douleur et la fréquence, sous l'influence d'une irritation intempestive.

Non seulement on a à craindre les infections secondaires pouvant être occasionnées par les instruments, mais il faut redouter la mise en tension de la vessie, qui peut déterminer une aggravation des symptômes et est souvent amenée par de faibles quantités de liquide.

Le professeur Guyon a formulé les préceptes suivants :

N'employer que certains topiques, en délaisser complètement quelques-uns qui donnent pourtant les meilleurs résultats dans les cystites d'autre nature ; ne faire usage que de doses très faibles et n'augmenter qu'avec

la plus extrême prudence le degré des solutions ; ne jamais mettre la vessie en tension et, par suite, rejeter les lavages pour n'utiliser que les instillations ; enfin, se rappeler que, si le cathétérisme doit être dans tous les cas aseptique, les fautes d'antisepsie sont particulièrement graves chez les tuberculeux.

Un grand nombre de topiques ont été employés dans le traitement de la cystite tuberculeuse. Passons-les rapidement en revue.

Le nitrate d'argent, qui donne dans d'autres cystites de si bons effets, a donné ici des résultats franchement mauvais, produisant une aggravation souvent considérable des douleurs, de la fréquence, déterminant presque toujours des hématuries parfois assez abondantes et persistantes.

L'acide borique, le borate de soude, l'acide lactique sont inactifs.

Citons, pour mémoire, le sulfate de zinc, l'huile créosotée, le formol, l'acide carbonique, les vapeurs sulfureuses, qui n'ont pas donné non plus de résultats.

L'iodoforme, employé de bien des façons, et nous rappellerons en passant l'idée ingénieuse de M. le professeur agrégé Chandelux (de Lyon), de faire dans la vessie des injections d'éther iodoformé, n'a pas été plus efficace. Il semble démontré qu'il n'a sur le bacille de la tuberculose qu'une action antiseptique très faible, qu'il agit seulement en diminuant sa virulence, en s'opposant à la fermentation. Il posséderait en outre un effet analgésiant.

Le sublimé a donné de meilleurs résultats, et c'est pour le professeur Guyon le topique de choix. Cet agent

est employé par lui à des doses progressives, sous forme d'instillations, avec d'infinies précautions. On emploie au début la solution à 1 pour 10.000, pour arriver progressivement à 1 pour 4000, dose qui doit être rarement dépassée, et 1 pour 3000, dose maniable dans la majorité des cas.

Dans ces conditions, et au prix de soins minutieux, le moindre écart dans le titre de la solution pouvant faire perdre la récompense attendue de la peine déjà prise, ainsi que M. Banzet en cite un exemple typique dans son mémoire, voici les résultats obtenus dans trente-neuf cas à la clinique de Necker :

Six malades furent complètement guéris, cinq de ces malades restant guéris depuis six ans, deux ans, un an et six mois.

Sept malades furent très améliorés, sans, dit M. Banzet, qu'on ait pu affirmer la guérison, soit que les malades aient conservé, au moment où ils ont cessé le traitement, un état pathologique peu accusé de leur vessie, soit que la guérison apparente fût trop récente.

Huit malades furent améliorés d'une façon réelle, mais peu considérable.

Dix-huit malades ne furent que peu ou pas améliorés.

Enfin, dans cinq cas, l'emploi du sublimé à 1 pour 5000, n'eut d'autre résultat que l'augmentation de la fréquence et des douleurs.

Le gaïacol, employé sous forme d'huile stérilisée gaïacolée à 1 pour 5, a donné des résultats inférieurs à ceux que l'on avait obtenus de l'emploi du sublimé. L'emploi récent de ce médicament ne permet pas, il faut le reconnaître, d'être fixé sur sa valeur.

L'analyse de vingt cas ne permet pas de relever une seule guérison complète ou tout au moins d'amélioration considérable s'approchant de la guérison. Elle ne nous offre que trois améliorations nettes.

Tels sont les résultats obtenus par l'emploi des topiques dans le traitement local des cystites tuberculeuses.

Nous ne tirerons pour le moment de cette étude d'autre conclusion que la constatation de leur incertitude achetée au prix de quelles peines !

Venons-en maintenant à l'étude des résultats fournis par les interventions sanglantes, qu'on a été amené à tenter devant les échecs fréquents que donnait le traitement par les topiques joint au traitement général, et en présence de l'intensité des phénomènes subjectifs, en particulier des douleurs.

Telles sont pour M. Banzet les indications d'une intervention : « Il nous semble, dit-il, qu'il n'y a jamais lieu de recourir d'emblée à une opération sans avoir essayé de soulager autrement les malades », et, de fait, on n'a pas agi autrement jusqu'à présent.

Pour être complet, nous parlerons tout d'abord de la tentative faite de lutter contre les phénomènes pénibles de la cystite tuberculeuse chez la femme par la dilatation du col vésical. Ces essais n'ont pas été couronnés de succès, et les symptômes ont même parfois augmenté d'intensité.

L'effet obtenu ne pourrait d'ailleurs être que temporaire, l'urètre reprenant ses fonctions plus ou moins vite, plus ou moins complètement.

Cette même manœuvre a été tentée sur le col vésical

de l'homme, soit au moyen du dilatateur de Tillaux introduit par l'urètre comme un cathéter vulgaire, soit plus facilement, en passant le doigt à travers une boutonnière pratiquée à l'urètre membraneux. M. le professeur Poncet reproche à cette méthode l'emploi de la sonde à demeure, cause d'infection et d'irritation, et le traumatisme d'une prostate généralement déjà malade.

Citons en passant l'essai de création d'une fistule vésico-vaginale. M. Banzet en cite un exemple. Il s'agit d'une malade qui avait subi successivement trois curetages par l'urètre et une taille hypogastrique, sans amélioration de son état douloureux. Cette intervention est passible de bien des reproches :

Particulièrement pénible et répugnante, elle donne lieu à l'inflammation des tissus voisins : muqueuse des grandes lèvres, de la vulve, des cuisses. D'autre part, il est bien difficile de maintenir les résultats qu'elle peut donner, par la difficulté de conserver à la fistule des dimensions convenables, par suite d'une tendance à la cicatrisation, qui n'existe pas dans une fistule vésico-vaginale pathologique.

On aurait retiré quelques résultats satisfaisants du curetage par l'urètre chez la femme. M. Banzet cite quelques cas d'amélioration persistante, mais on ne peut pas s'attendre à avoir souvent des résultats aussi favorables. C'est d'ailleurs une voie aveugle, ne permettant pas une recherche exacte des lésions.

Le drainage périnéal consistant en le curetage et le drainage de la vessie par une boutonnière périnéale et une large dilatation de l'urètre postérieur vient ensuite.

M. Bauzet nous donne dans son travail les résultats de sept cas de cystite tuberculeuse où cette intervention fut pratiquée.

Le résultat le plus sensible et le plus général est la disparition des douleurs pendant toute la durée du drainage, très nette chez quatre malades.

Un malade fut amélioré seulement au point de vue de la fréquence ; un autre mourut, après amélioration de son état vésical, des lésions rénales dont il était porteur ayant continué à évoluer ; un autre fut amélioré au point de vue de l'état général et des douleurs ; enfin chez un dernier le résultat fut absolument nul.

Il s'agissait d'ailleurs, dans tous ces cas, de cystites très intenses, remontant à plus de deux ans dans trois cas, à plus d'un an dans les autres. Cependant, d'autres lésions tuberculeuses graves n'existaient nettement que dans le cas qui a déterminé la mort.

M. Délagénère, dans une communication à la Société de chirurgie (séance du 27 mars 1895), rappelle que Stone a publié (*Boston. med. Journal*, 16 août 1888) un cas de tuberculose vésicale traité avec succès par la taille périnéale, et le curetage suivi d'un lavage au sublimé.

Battle (*Clin. Soc. of London*, 25 avril 1890) relate un autre cas d'ulcération tuberculeuse de la vessie curetée après la taille et également guérie.

A côté de ces succès isolés, l'intervention a souvent échoué.

On a eu recours encore à la taille hypogastrique. J'emprunte à ce sujet le passage suivant à M. Banzet.

« En 1885, M. Guyon recourut à la taille hypogastri-

que chez un tuberculeux, pour combattre un état douloureux vésical extrêmement accentué; la muqueuse vésicale fut cautérisée au fer rouge, la vessie bourrée de gaze iodoformée et laissée ouverte. Le malade guérit très bien, et restait guéri quatre ans et demi plus tard. C'était la première tentative chirurgicale de cette nature faite pour combattre la cystite tuberculeuse. Encouragé par ce succès, et en présence d'indications analogues, M. Guyon recourut peu après à la même opération chez deux autres malades; malgré une amélioration consécutive à l'opération, ces malades mouraient, l'un deux ans, l'autre onze mois plus tard; ils présentaient des lésions rénales avancées. Il est très important de noter que chez ces deux malades on avait vu les bacilles disparaître graduellement des urines après l'intervention, ce qui indiquait une régression des lésions vésicales.

Peu après, M. Reverdin appliqua également la taille hypogastrique suivie de curetage, de cautérisation et de drainage, au traitement d'une cystite tuberculeuse grave. Son malade guérit parfaitement, et restait guéri quatre ans plus tard.

Voilà donc une petite série de quatre cas, tous anciens et à symptomatologie très accusée, dont deux furent guéris par la taille hypogastrique.

Ces résultats très heureux ne se retrouvent pas dans un certain nombre d'observations de la clinique de Necker dont voici l'analyse. Il s'agit de treize malades traités par la taille hypogastrique et la cautérisation ou le curetage. Sept de ces malades sont morts peu après, quelques mois, au plus, après l'intervention.

Trois, non améliorés, ont subi ultérieurement une taille périnéale ; une autre, dans les mêmes conditions, a été soumise à une taille vésico-vaginale. Un malade resté fistuleux a été revu dans le même état quelques mois après, amélioré au point de vue des douleurs lorsque la fistule laissait les urines s'échapper facilement, mais recommençant à souffrir dès que l'orifice hypogastrique présentait de la tendance à se refermer. Enfin, un malade fut amélioré au point de vue des douleurs et de la fréquence, mais la taille avait permis de lui enlever un calcul. Ces résultats sont donc, dans leur ensemble, des moins encourageants. Il faut remarquer pourtant qu'il s'agissait de cas particulièrement graves. Le début de l'affection est noté dans onze cas : dans deux cas il remontait à quatre et cinq mois seulement ; dans tous les autres à plus d'un an et demi. Les symptômes de l'affection étaient très accusés chez ces malades ; ainsi deux urinaient tous les quarts d'heure, cinq présentaient de la fausse incontinence. Une malade avait subi auparavant trois curetages successifs par l'urètre, trois durent subir ultérieurement une taille périnéale.

Au point de vue des résultats immédiats, cinq malades ont retiré un bénéfice passager de l'opération, ce bénéfice ne paraît avoir été très accusé que chez l'un d'eux, qui souffrait beaucoup avant l'intervention et chez lequel les douleurs disparurent complètement par la cystotomie sus-pubienne ; mais la marche des lésions tuberculeuses amena la mort quelques semaines plus tard.

Ces résultats, somme toute, mauvais dans leur ensemble... »

Le Dr Clado (de Paris), *Association française d'urologie*, session d'octobre 1898, a présenté trois observations de cystites tuberculeuses opérées et guéries par la cystotomie, le curetage et la cautérisation. Dans un cas, même, il a extirpé cinq ulcérations tuberculeuses au bistouri et suturé la muqueuse incisée, et il en conclut que :

1° Dans les éruptions tuberculeuses sans ulcérations, le traitement médical est de mise, mais en cas d'échec, il sera suivi de la cystostomie ;

2° Dans les cystites tuberculeuses avec ulcérations, le seul traitement est la taille avec extirpation des tissus malades.

La vessie doit rester ouverte un mois et demi environ et être soumise à des attouchements locaux avec des solutions de sulfate de cuivre, de sublimé, etc.

3° L'opération est bénigne et d'une incontestable efficacité.

Le Dr Vigneron a présenté au contraire, au 7^e congrès de chirurgie, sept observations de taille hypogastrique pour cystites tuberculeuses suivie de curetage des parties malades ou de résection partielle de la muqueuse, ayant fourni une amélioration momentanée suivie de la reprise des accidents.

M. le professeur Poncet n'est pas partisan de la cautérisation, du grattage des fongosités, des ulcérations, d'une part à cause de la difficulté toujours réelle d'arriver aisément jusqu'à elles et de les détruire en totalité, d'autre part à cause de la grande facilité de réinoculation de par la destruction, la plupart du temps incomplète, des foyers pathologiques, et aussi par des

produits tuberculeux provenant soit des uretères, soit des reins qui sont atteints de tuberculose concomitante dans la proportion de six sur dix.

En résumé, nous voyons que les diverses interventions tentées contre la cystite tuberculeuse ont donné rarement des améliorations réelles et durables, souvent des améliorations faibles, nulles ou incertaines, et quelquefois même ont aggravé l'état de l'affection.

Il nous reste à parler maintenant d'une intervention qui, créée pour répondre à d'autres indications, a pu être appliquée au traitement des cystites tuberculeuses : nous voulons parler de la cystostomie sus-pubienne.

CHAPITRE III

LA CYSTOSTOMIE SUS-PUBIENNE. SON MANUEL OPÉRATOIRE

Dans la préface d'un ouvrage récent, *Traité de la cystostomie sus-pubienne chez les prostatiques*, par MM. A. Poncet et X. Delore, M. le professeur Poncet raconte comment il fut, en 1888, amené à faire pour la première fois la cystostomie sus-pubienne. Un vieillard de soixante-huit ans venait d'être reçu d'urgence à l'Hôtel-Dieu, dans un état lamentable, avec le diagnostic : rétention d'urine, fausses routes, empoisonnement urinaire, etc.

Le cathétérisme, pas plus que la ponction sus-pubienne, n'étaient applicables. M. Poncet se décida à employer une nouvelle méthode de traitement à laquelle il avait depuis longtemps songé.

« Je pratiquai, dit-il, au-dessus du pubis, une incision méthodique de la paroi antérieure de la vessie et, pour avoir un véritable canal de dérivation, je suturai les lèvres de la plaie vésicale, à toute l'épaisseur des bords de la paroi abdominale.

« Ainsi se trouvait établi un urètre contre nature (urètre hypogastrique sus-pubien) comparable à un

anus contre nature, et destiné à remplir des indications plus ou moins similaires. »

L'opéré guérit contre toute attente, et depuis, cette opération a été répétée par M. Poncet et par de nombreux chirurgiens, un grand nombre de fois avec un égal succès.

La cystostomie se trouve entièrement définie dans la citation que nous venons de faire. Elle pourra être temporaire ou permanente, définitive, suivant que, dans la suite, la miction normale se rétablira ou ne se rétablira pas.

Dans le premier cas, le méat hypogastrique tend le plus souvent à se fermer de lui-même ; dans le second cas, son maintien est nécessaire.

Il nous paraît utile de rappeler ici le manuel opératoire de la cystostomie sus-pubienne tel qu'il a été fixé par le récent ouvrage de MM. Poncet et Delore.

Une première précaution préliminaire consistera en l'administration, la veille de l'opération si celle-ci peut être différée jusqu'au lendemain, immédiatement avant l'intervention s'il s'agit d'une cystostomie d'urgence, d'un grand lavement d'eau bouillie tiède destiné à évacuer le rectum, La désinfection du champ opératoire sera faite minutieusement. Le pubis est savonné, rasé et lavé avec la solution de sublimé à 1/1000 chaude à 50 degrés, et enfin, complètement aseptisé par une dernière toilette avec un tampon de gaze stérilisée, imbibé d'alceol ou d'éther.

Pour l'intervention méthodique, à l'hôpital, les instruments suivants seront à la disposition du chirurgien :

- 1° Bistouris ordinaires et boutonnés.
- 2° Ciseaux droits.
- 3° Pincés hémostatiques en nombre suffisant (10 à 12).
- 4° Pincés à griffe.
- 5° Ecarteurs, sonde cannelée.
- 6° Crochet, avec manche, pour traction sur l'ombilic.
- 7° Aiguille, avec manche, pour la cystostomie sus-pubienne.
- 8° Aiguilles diverses, fils métalliques, fils de catgut.
- 9° Sondes variées, en caoutchouc, en gomme élastique, sondes métalliques à grande courbure.
- 10° Seringue pour injection intra-vésicale.
- 11° Drains de divers calibres.
- 12° Eau bouillie, chaude, boriquée, 40 pour 100.

Le malade placé sur le lit de Trendelenburg ou un lit analogue, dont sont pourvus actuellement toutes les salles d'opération, revêtu préalablement de jambières en flanelle ou en caoutchouc, sera anesthésié soit au chloroforme, soit à l'éther que préfère M. Poncet, soit à l'aide du mélange de Billroth :

Alcool	100 grammes
Éther	200 —
Chloroforme	600 —

qui permet peut-être mieux d'éviter les congestions pulmonaires post-anesthésiques. On recouvre la partie supérieure des cuisses, la paroi abdominale, au voisinage du champ opératoire, de serviettes chaudes stérili-

sées, qui assurent une asepsie parfaite au voisinage de la plaie, et ne permettent pas aux instruments, aux doigts des aides de se contaminer, et empêchent l'opéré de se refroidir.

La température de la salle ne sera pas au-dessous de 18 à 20 degrés. Dès le début de l'anesthésie, on injectera dans la vessie, par une injection urétrale, avec la seringue à hydrocèle, 250 à 300 grammes d'une solution boriquée bouillie à 40 pour 1000, et, pour l'empêcher de se vider, on entourera le pénis d'un lien en caoutchouc modérément serré, dont les deux chefs, suffisamment tendus, seront maintenus à l'aide d'une pince hémostatique.

Le professeur Poncet rejette systématiquement l'emploi du ballon de Petersen à cause des dangers qu'il présente, éraillant la muqueuse du rectum et produisant même des déchirures complètes. Il préfère, au cas où une injection intra-vésicale ne peut distendre suffisamment la vessie, introduire dans le rectum un gros tampon de gaze chiffonnée. D'ailleurs la position déclive du malade, les perfectionnements de la technique opératoire permettent d'arriver aisément sur la paroi antérieure de la vessie en ménageant complètement l'enveloppe péritonéale.

Ces précautions étant prises, le chirurgien se place en dehors et à gauche du malade, comme pour le cathétérisme, ou, s'il ne veut pas changer de place pendant toute la durée de l'opération, à droite. Il reconnaît le pubis avec le doigt, ce qui n'est pas toujours facile en raison de l'épaississement souvent considérable du tissu cellulo-adipeux sous-cutané à ce niveau.

Un aide érigne, au moyen d'un crochet, la cicatrice ombilicale et la tire vers le haut, ce qui rend plus saillante la ligne blanche.

L'opération comprend quatre temps :

Premier temps. — Incision cutanée suivant la direction de la ligne blanche, commençant au bord supérieur du pubis, et mesurant 6 à 8 centimètres dans le sens vertical. Elle comprend la peau et la couche adipeuse sous-cutanée d'épaisseur variable et quelquefois telle qu'il est nécessaire d'agrandir l'incision.

Deuxième temps. — Incision de la ligne blanche. Peut avoir la même longueur que la précédente. Il est préférable, cependant, dans le but de ménager plus sûrement le cul-de-sac péritonéal, de s'arrêter, en haut, à quelques millimètres au-dessous de l'extrémité supérieure de l'incision superficielle.

Troisième temps. — Recherche de la paroi antérieure de la vessie. Refoulement du cul-de-sac péritonéal.

La ligne blanche et le *fascia transversalis* sont incisés. Avec l'extrémité de chaque index faisant l'office de crochet, on pénètre dans le tissu cellulaire pré-vésical, à travers la boutonnière, plus ou moins résistante, constituée par les bords internes des grands droits.

Si la vessie est profondément située, si sa paroi antérieure ne paraît pas en contact immédiat avec la paroi abdominale, si, surtout, les muscles voisins forment une fente étroite à travers laquelle il est difficile de manœuvrer, on incise partiellement, avec un bistouri boutonné dont la pointe rase le pubis, chaque droit au

niveau de son insertion. Un débridement de 3 à 4 millimètres sur chaque droit suffit, et ne doit pas être dépassé de peur de compromettre le bénéfice du sphincter musculaire qui doit, plus tard, enserrer le nouveau canal.

La vessie apparaît alors, sillonnée parfois d'assez grosses veines, donnant au doigt une sensation spéciale de rénitence. En cas d'hésitation, on a recours, si la chose est possible, à l'introduction d'une sonde, d'un cathéter métallique soulevant la paroi vésicale antérieure.

Quatrième temps. — Incision de la paroi antérieure de la vessie.

On pourra, si c'est possible, pratiquer d'abord la cystopexie, manœuvre qui a l'avantage de mettre le tissu cellulaire prévésical et les bords profonds de la plaie à l'abri de tout contact avec l'urine. Il faut pour cela que la paroi vésicale présente une épaisseur suffisante; or, le plus souvent, la cystopexie, qui est loin d'être toujours facile, présente des inconvénients en raison de l'impossibilité de placer les fils sur une paroi amincie, sans qu'ils pénètrent dans la cavité vésicale et sans qu'ils livrent passage à l'urine.

M. Poncet a pour habitude d'ouvrir d'abord la vessie et de placer ensuite les fils à sutures.

De quelque façon que l'on procède, il faut préalablement mettre à l'abri du bistouri le cul-de-sac péritonéal, qui descend plus ou moins bas suivant les sujets.

Pour ce faire, la vessie ayant été reconnue avec l'œil et le doigt, le chirurgien, plaçant l'index de la main gauche immédiatement au-dessus et en arrière

du pubis (chirurgien à droite du malade), remonte le long de la face antérieure de la vessie. Il entraîne ainsi, par en haut, jusqu'aux limites de l'incision cutanée, une certaine quantité de tissu cellulaire, plus ou moins chargé de graisse, et enfin le péritoine. Il le reconnaît, du reste, très mal la plupart du temps.

L'index gauche restant en place, avec un bistouri à lame étroite, il ponctionne sur la ligne médiane. L'incision vésicale sera rapprochée du pubis, et par cela même du col vésical.

Elle aura d'emblée de 10 à 12 millimètres environ, permettant en même temps que l'issue facile de l'urine contenue dans la vessie, l'introduction, dans cette ouverture, de l'extrémité de l'index qui doit explorer la prostate ainsi que la cavité vésicale, et qui, en soulevant les parois vésicales, sert en outre de conducteur pour l'agrandissement de l'incision avec le bistouri boutonné, si l'orifice se rétrécit par le fait de la contraction de la vessie, et pour la mise en place, sur chaque bord vésical, soit d'un fil destiné à les amener au jour, soit encore d'une ou plusieurs pinces hémostatiques utilisées comme tracteurs.

On désinfectera alors rigoureusement la plaie hypogastrique qui a été en contact avec l'urine, en la lavant immédiatement avec une solution boriquée, bouillie, à 40 pour 1000. On fera également passer 2 à 3 litres de cette solution dans la vessie, soit par l'urètre, soit par l'ouverture que l'on vient de faire.

Les solutions de sublimé, d'acide phénique n'étant pas sans danger, ces grandes irrigations, qui agissent en balayant les germes, leur sont supérieures.

On assèche ensuite la plaie au moyen de tampons de gaze stérilisée, iodoformée.

Cinquième temps. — Suture des bords de l'ouverture vésicale avec les bords de la plaie abdominale.

La vessie est fixée à la paroi abdominale par des sutures, habituellement au nombre de six. On peut être amené à en augmenter ou diminuer le nombre si, pour telle ou telle raison, il a fallu donner à l'incision vésicale des dimensions plus grandes ou plus petites.

Les fils traversent de part en part la paroi de la vessie, à 4 ou 5 millimètres des bords de l'incision. Ils sont ensuite menés à travers l'aponévrosé, le bord interne de chaque droit, le tissu cellulaire sous-cutané et la peau, pour sortir à 5 ou 6 millimètres des bords.

Il importe de bien fixer les bords de la plaie abdominale avec ceux de la vessie, et d'obtenir, si cela est possible, leur réunion immédiate, pour se placer d'autant mieux à l'abri de l'infiltration urineuse.

Il sera utile, parfois, de rétrécir par un ou plusieurs points de suture la plaie abdominale, dans sa partie supérieure, de telle sorte que les bords de l'orifice cutané répondent sensiblement à ceux de l'ouverture vésicale, et pour éviter dans la suite une éventration possible avec une ouverture trop longue. On aura soin d'affronter exactement la peau avec la muqueuse vésicale. Lorsque les fils seront tous en place, on les tordra. Ils seront modérément serrés.

Quelques points de suture complémentaires, avec des fils plus fins, empêcheront les hernies de petits lobules adipeux sous-cutanés qui tendent à se produire entre les premiers fils, trop distants les uns des autres.

M. Poncet se sert pour le passage des fils, en raison de l'épaisseur des tissus et de la profondeur relative de la plaie, d'une aiguille spéciale, longue, résistante, dont la concavité est à peu près celle d'un demi-cercle. A défaut de cette aiguille, on emploiera celle d'Emmet ou encore de bonnes aiguilles d'Hagedorn. On utilisera les crins de Florence et les fils métalliques.

Les fils de soie ont l'inconvénient de s'infecter, les fils de catgut de se résorber trop rapidement.

La cystostomie sus-pubienne doit être pratiquée en quelques minutes. C'est le seul moyen d'avoir une asepsie parfaite, sur l'importance de laquelle il est inutile d'insister.

L'opération terminée on procède au pansement, pour lequel on devra se souvenir de ce principe, que « chez les cystostomisés le meilleur pansement est l'absence de pansement ». L'orifice vésical doit rester largement ouvert et rien ne doit s'opposer à l'évacuation de l'urine. Les pièces de pansement antiseptique que l'on applique à la surface de la plaie n'ont d'autre but que de mettre le champ opératoire à l'abri des diverses causes d'infection et d'irritation, et d'absorber les urines qui souilleraient le malade.

On se bornera donc à placer sur la plaie quelques lanières de gaze iodoformée, qui ne doivent pas pénétrer dans l'orifice vésical pour ne pas s'opposer à l'écoulement de l'urine. Un gâteau de coton boriqué, qui est changé toutes les deux ou trois heures, recouvre les premières pièces de pansement. On emploie du coton hydrophile, trempé au préalable dans une solution antiseptique (eau boriquée de préférence) et com-

primé. On évite ainsi les adhérences du coton sec avec les bords de la plaie et la peau environnante.

Voyons maintenant les soins immédiats consécutifs qu'on devra donner à l'opéré.

Pendant les premiers jours, pendant les premières semaines après l'opération, l'urine s'écoule à peu près constamment par le méat hypogastrique. Pendant cette période d'incontinence, des soins de propreté antiseptique seront indispensables plusieurs fois par jour. Il faut, toutes les cinq ou six heures au moins, pratiquer avec l'eau bouillie boriquée un grand lavage de la plaie et des régions avoisinantes. Divers appareils facilitent ces soins, notamment la pelvi-cuvette de M. Poncet.

Il est bon, après chaque lavage, d'enduire les bords de la plaie, les téguments voisins et les bourses, de vaseline ou de lanoline, s'opposant à l'irritation des téguments.

Il faut encore surveiller l'orifice établi, s'opposer au ralentissement du cours de l'urine, à l'obstruction passagère du méat hypogastrique par la faible largeur de la fente, ou par des flocons muqueux, des grumeaux purulents, des caillots, accident dont sont prévenus les malades par des douleurs et des envies d'uriner.

On coupera les fils du quatrième au sixième jour ; la réunion est en effet suffisamment solide.

L'incontinence reste à peu près complète, sans être toutefois aussi absolue que pendant les premiers jours, pendant les premières semaines.

Lorsque l'urètre contre nature reste abandonné à lui même, il se rétrécit et finit souvent par se fermer. Si

on veut empêcher ou retarder ce résultat, il suffit de le dilater méthodiquement une ou deux fois par jour au moyen de cathéters de divers calibres et de diverses substances.

Nous venons de voir comment on faisait une cystostomie. Il nous reste à voir, ce qui fait l'objet de ce travail, comment elle a été appliquée à la tuberculose vésicale et ce qu'on peut en espérer.

CHAPITRE IV

LA CYSTOSTOMIE SUS-PUBIENNE APPLIQUÉE AU TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE VÉSICALE

Nous avons vu, en faisant l'étude des diverses interventions que l'on avait été amené à pratiquer sur la vessie tuberculeuse, les dangers d'opérations trop énergiques, telles que le curetage des ulcérations, et l'on a été amené progressivement à s'abstenir, quand faire se peut, de manœuvres irritantes telles que cautérisation, curetage, etc.

Nous avons vu que le véritable traitement de la cystite tuberculeuse est celui qui s'adresse à l'état général, comme du reste le traitement de toutes les bacilloses viscérales. Le professeur Guyon et le Dr Banzet ont insisté sur ce point. On peut avoir, par le seul traitement général, des améliorations et même des guérisons définitives. Cependant il est par malheur trop souvent insuffisant, et il est nécessaire d'intervenir. D'autre part, on peut se demander si une amélioration obtenue restera définitive.

Nous avons fait la critique des diverses opérations pratiquées dans la tuberculose vésicale et nous n'y reviendrons pas. Nous voulons parler seulement ici des applications qui ont été faites de la cystostomie sus-

pubienne à la tuberculose vésicale et des résultats qui en ont été obtenus.

Cette opération a été pratiquée déjà un grand nombre de fois. Elle a été faite jusqu'à présent à une époque avancée de l'affection dans un but uniquement palliatif, pour atténuer, couper court aux souffrances atroces, aux envies incessantes d'uriner qu'éprouvent certains tuberculeux vésicaux.

Elle agit, dans ce cas, en mettant au repos la vessie, dont l'irritabilité est extrême, grâce à l'écoulement continu de l'urine pendant un certain temps.

Les bons résultats fournis par la cystostomie à ce point de vue ne sont plus à démontrer.

Nous nous bornerons à citer ici quelques observations typiques.

On en trouvera cinq dans la thèse de M. le Dr Ogier (thèse de Lyon, 1892) et nous empruntons au *Traité de la cystostomie* les deux suivantes :

OBSERVATION LV (A. Poncet)

*Cystite tuberculeuse. — Ténésme vésical.
Douleurs calmées par la cystostomie.*

Alexis M..., vingt-six ans, passementier, entré à l'Hôtel-Dieu, le 8 mars 1890, sorti le 31 mai.

Antécédents héréditaires suspects. Antécédents personnels : scarlatine à dix-neuf ans, tendance à s'enrhumer pendant l'hiver, tousses continuellement depuis quatre mois, jamais d'hémoptysies, sueurs nocturnes abondantes. A beaucoup maigri depuis quelque temps. Perte de l'appétit.

Il y a six ans, le malade a eu une blennorrhagie; au mois de février dernier, il fut atteint d'une brusque rétention d'urine.

Le cathétérisme a été nécessaire. Dans la suite, mictions spontanées, mais au prix de grandes souffrances.

Elles sont fréquentes (toutes les demi-heures), pendant la nuit plus que pendant le jour.

Les envies d'uriner sont très impérieuses. Parfois surviennent des crises douloureuses qui empêchent tout sommeil.

Le 2 avril, M. Poncet pratique la cystostomie.

Anesthésie à l'éther. Parois vésicales épaissies.

Fixation de la vessie avec ceux de la paroi abdominale, par huit points de suture.

L'urine contenue dans la vessie est à peine purulente.

Le doigt introduit dans la cavité vésicale perçoit quelques petites granulations.

Le lendemain de l'opération, amélioration notable. L'urine s'écoule complètement par le nouvel orifice. Disparition à peu près complète des douleurs.

Le 31 mai 1890, l'opéré quitte l'Hôtel-Dieu. Très peu d'urine s'échappe par l'urètre normal. Plus de douleurs.

Bon appétit. État général excellent.

OBSERVATION LVI (A. Poncet)

Cystite tuberculeuse avec douleurs violentes. — Cystostomie, Disparition des douleurs.

Pierre J..., trente-neuf ans, maçon, entre salle Saint-Joseph. Hôtel-Dieu de Lyon, service de M. Poncet, le 15 mai 1891. Ganglions cervicaux, dans l'enfance. Bronchite, il y a huit ans. Deux blennorrhagies, l'une à vingt et un ans, l'autre à vingt-deux ans.

Depuis treize ans, difficulté pour uriner. Il y a sept à huit ans, urétrotomie externe pratiquée par Daniel Mollière.

Il y a cinq ans, douleurs mictionnelles, pour lesquelles il fit un séjour de trois semaines à l'Hôtel-Dieu.

Les douleurs actuelles (15 mai 1891) datent de quatorze mois.

Il y a des envies très fréquentes d'uriner; les mictions ont lieu toutes les cinq minutes. Les urines sont fréquemment sanguinolentes à la fin de la miction. Depuis la même époque, le malade éprouve des douleurs anales assez vives. Au toucher rectal, on sent le lobe gauche de la prostate induré, il est douloureux.

Dépôt purulent abondant.

Pas de calculs dans la vessie. Rétrécissement au niveau de la région bulbaire.

L'état général du malade est encore assez bon. Amaigrissement depuis un an.

Rien au poumon.

Le 30 mai 1891. M. Poncet pratique la cystostomie.

Il trouve au fond de l'excavation pelvienne, une vessie petite, globuleuse, à peine perceptible avec le doigt.

Pour la reconnaître, il faut introduire un cathéter.

A l'incision, il s'écoule trois quarts de verre d'urine purulente. Les parois sont épaisses, la muqueuse est rouge, carminée. La cavité de l'organe est très petite; au toucher, on sent des granulations comme des grains de semoule.

3 juin. — Les douleurs ont diminué. Aujourd'hui le malade éprouve une sensation de bien-être qu'il n'avait pas ressentie depuis très longtemps.

20 juin. — Par le toucher rectal, on sent la prostate ramollie, très douloureuse en un point. La pression fait sourdre du pus par l'urètre.

Le malade urine encore un peu par la verge.

11 septembre. — État général excellent; douleurs vésicales très tolérables.

Mai 1892. — Nous avons revu ce malade. Il a repris son travail depuis quelques mois.

Après sa sortie de l'hôpital, son état s'était sensiblement amélioré,

Il pouvait garder ses urines une heure, souvent davantage. Nous rappelons qu'avant l'intervention, la miction avait lieu toutes les cinq minutes, et qu'elle occasionnait des douleurs atroces.

Le malade, malgré les recommandations qui lui avaient été faites, ne s'est guère préoccupé de son urètre contre nature. Il raconte que, parfois, l'orifice se ferme, qu'il recommence alors à souffrir, et que les douleurs sont calmées par l'introduction d'une sonde, qui vide la vessie par le nouveau canal.

Aujourd'hui (10 mai 1892), la santé du malade n'est pas trop mauvaise. Il continue d'exercer la profession de maçon.

Le méat hypogastrique n'est pas oblitéré; il n'a été l'objet d'aucun soin de propreté. L'urine s'écoule goutte à goutte pendant le jour, sans occasionner de douleurs.

La contention de l'urine se fait la nuit, pendant un certain temps. Il dit pouvoir dormir des heures entières, il est réveillé par l'envie d'uriner.

Il se lève et, sans douleur, urine par son urètre naturel et son urètre contre nature tout à la fois.

Deux malades ont été traités depuis à la clinique de M. le professeur Poncet, par M. Bérard, par la cystostomie, à une période très avancée de l'affection, alors que la paroi vésicale était ulcérée dans presque toute son épaisseur et que la capacité du réservoir, réduite au minimum obligeait ces malheureux à une miction pour ainsi dire perpétuelle et excessivement douloureuse. Dans les deux cas, les souffrances ont cédé immédiatement à l'ouverture de la vessie, malgré que les lésions aient continué à progresser du côté de l'appareil urinaire et du poumon, et pendant les trois ou quatre mois de survie de chacun de ces malades, les douleurs vésicales ne se produisirent plus.

Chez l'un et l'autre, dans les dernières semaines de leur existence, la tuberculose avait néanmoins progressé localement, et déterminé tout autour de la plaie de la cystostomie une ulcération phagédénique, atteignant dans un cas les dimensions d'un œuf de pigeon.

Nous citerons encore quatre observations de M. le Dr Routier, chirurgien de Necker, qui a exposé au Congrès de chirurgie de Paris, en 1896, la façon dont il avait coutume de procéder.

Il divise la maladie en deux périodes. Une première période s'étend du début de l'affection au moment où les besoins d'uriner deviennent incessants et impérieux. Pendant cette période, il proscrit les interventions, instillations, lavages. Il se borne à traiter les malades par le régime général et l'hygiène.

Il leur prescrit le régime lacté partiel, l'huile de foie de morue créosotée, la suralimentation, les révulsifs sur les reins et sur le bas-ventre, les suppositoires calmants à l'iodoforme, l'antipyrine, la morphine.

La seconde période commence lorsque la miction devient incessante, les douleurs trop fortes, le malade prive de sommeil. A ce moment, il fait la cystostomie sus-pubienne.

Le Dr Routier a ainsi obtenu d'excellents résultats. Après l'opération, les douleurs sont tombées, les malades ont pu dormir, se nourrir, reprendre des forces, et l'état général s'est si bien relevé, qu'on a pu plus tard refermer leur vessie et les renvoyer guéris. L'avenir nous apprendra si c'est une guérison définitive.

L'ouverture sus-pubienne de la vessie lui a permis

de larges lavages sans distendre l'organe, et il a pu obtenir ainsi un tel amendement de tous les symptômes, que la vessie a repris de nouveau une capacité raisonnable, acceptant sans douleur et sans révolte de 140 à 160 grammes d'eau boriquée; alors qu'auparavant la vessie de ces malades ne pouvait supporter 10 grammes de liquide.

Les hémorragies ont disparu dès que la vessie a été ouverte.

Ce traitement, moins brutal que le curetage vésical que l'excrèse de la muqueuse, sans gravité, n'est passible que d'un reproche : l'infirmité constituée par l'ouverture prolongée de la vessie. Cet inconvénient ne peut évidemment pas entrer un instant en ligne de compte avec les bienfaits qui résultent de l'intervention.

Dans deux cas, les plus graves et les plus avancés, M. Routier a modifié, au moyen du thermocautère, deux larges ulcérations siégeant sur le bas fond vésical.

Nous donnons ici les observations présentées par lui au Congrès de chirurgie.

OBSERVATION I

J. B..., vingt ans, était dans la salle Civiale quand j'ai pris le service de Necker. A la suite d'une hémorrhagie datant de deux ans, il avait une cystite qui résistait depuis six mois aux divers traitements balsamiques, régime, instillations argentines et autres.

Je repris avec soin ce traitement dès décembre 1893, mais en vain, et il me parut même que les instillations d'argent exaspé-

raient la vessie, ce qui, joint à l'état bosselé de la prostate et à la faiblesse du sujet, me fit penser au tubercule.

Le pus sortait abondant dans l'urine, et les mictions étaient répétées tous les quarts d'heure, aussi bien la nuit que le jour.

En août 1894 fut pratiquée la cystostomie ; dès lors, soulagement complet.

De cette date au 15 janvier 1895, on fit dans cette vessie, par la sonde hypogastrique, des lavages soignés à l'eau boricuée. J'enlevai la sonde hypogastrique ; la fistule se rétrécit et le malade eut des mictions urétrales indolentes.

16 février 1895. — Je fermai la fistule hypogastrique et le malade est depuis resté guéri ; cependant il garde dans son urine un petit dépôt purulent, et j'ai bien peur qu'un de ses sommets pulmonaires ne se ramollisse.

OBSERVATION II

L. D..., quarante ans, entre en janvier 1896 dans mon service, pour une cystite purulente avec mictions incessantes, plus de quarante fois par jour, dit-il, il ne dort pas la nuit, parce que ces douleurs et ces besoins le réveillent à tout instant ; il a beaucoup maigri, rien aux poumons ; mais prostate inégale, bosselée. La capacité vésicale est de 40 grammes qui provoquent des douleurs violentes ; le plus léger cathétérisme le fait saigner et est très douloureux.

13 février 1896. — Cystostomie ; cautérisation au thermocautère de deux longues ulcérations en bande, qui existent près des urèteres sur le bas-fond vésical.

La douleur est calmée, le malade dort et se trouve très satisfait.

En juillet 1896, après des lavages quotidiens, des essais de suppression de la sonde hypogastrique, la vessie contenait 160 grammes.

20 juillet. — Suture de la vessie.

12 août. — Le malade urine toutes les quatre heures sans douleur.

OBSERVATION III

H. D..., quarante-trois ans, entre dans mon service, le 2 mars 1896, souffrant depuis sept mois d'une cystite purulente avec mictions fréquentes et douloureuses; l'urine est souvent sanglante.

La prostate est surtout dure à gauche, de même la vésicule; il est maigre, décharné, ne dort plus, ne se nourrit plus. Cathétérisme très douloureux, 30 grammes de liquide.

7 mars. — Cystostomie, cautérisation de plusieurs ulcérations vésicales au thermocautère.

Dès lors le calme revient; lavages boriqués, sonde hypogastrique.

30 juillet. — Fermeture de la vessie, qui accepte 140 grammes sans douleur; il urine spontanément toutes les trois heures sans souffrir.

OBSERVATION IV

L. S..., dix-neuf ans et demi, présente une cystite purulente avec hématuries; il nie la blennorrhagie.

Rien à la prostate ni aux vésicules; il est chétif et malingre. Soigné d'abord par les instillations d'argent, sa cystite paraît s'aggraver, il a de la fièvre.

24 octobre 1895. — Deux mois après son entrée, cystostomie; il est tout à fait soulagé.

Janvier 1896. — Fermeture de la fistule, il sort guéri.

Nous ne saurions trop insister sur la simplicité de ce traitement, qui consiste surtout à mettre la vessie au repos, à empêcher la contraction douloureuse de

l'organe plutôt qu'à poursuivre les lésions de la muqueuse.

Ce n'est pas une opération grave, c'est même une opération excessivement bénigne, tant par elle-même que par la rapidité de son exécution. La cautérisation au thermocautère des ulcérations est bonne; elle n'est peut-être pas indispensable à la cure.

Nous avons déjà parlé de l'infirmité résultant de la fistule hypogastrique, et nous avons déjà dit combien était plus pénible l'obligation d'uriner à chaque instant que l'incontinence qui en est la conséquence obligée, sans parler de la suppression des douleurs, qui suffirait largement seule à faire considérer cet inconvénient comme peu de chose. Enfin, la fermeture de la vessie est très facile.

Il suffit, après avoir pratiqué un léger évidement de la muqueuse, de trois points de catgut par-dessus lesquels, pour la peau et les muscles, trois crins de Florence.

M. Routier conclut : « Je souhaite de voir mes collègues essayer ce mode de traitement des cystites douloureuses et tuberculeuses. Je reste convaincu que ceux qui l'essaieront l'adopteront à cause de sa réelle valeur. »

CHAPITRE V

LA CYSTOSTOMIE SUS-PUBIENNE PRÉCOCE TRAITEMENT CURATIF DE LA TUBERCULOSE VÉSICALE

Nous venons de voir les bons résultats donnés par la cystostomie sus-pubienne pratiquée même à un degré avancé de la cystite tuberculeuse. En présence de ces résultats, on a été amené à se demander si on ne pourrait pas espérer davantage encore d'elle, en la pratiquant à une époque moins avancée de l'affection.

Quand il s'agit d'une tuberculose génito-urinaire diffuse, avec des foyers épars dans la prostate, les vésicules séminales, l'épididyme, l'uretère et le rein, on ne peut guère espérer que calmer les épreintes douloureuses, la strangurie, les hématuries congestives, en ouvrant largement la vessie et en la laissant ouverte pour supprimer ses contractions incessantes, causes principales de la douleur et des poussées congestives, et, même dans ce cas, le résultat a maintes fois dépassé les espérances.

Si, au contraire, on a affaire à des sujets dont la vessie seule est encore infectée par le bacille de Koch, ou si tout au moins elle est le seul des organes atteints qui trahisse son infection par des signes cliniques, si

surtout les lésions anatomo-pathologiques en sont encore à ce stade où elles sont représentées par des granulations naissantes très localisées, superficielles, occupant comme nous l'avons vu, dans la muqueuse de la vessie, la partie superficielle du chorion muqueux, ne peut-on espérer encore de meilleurs résultats ? On pourrait ici établir une comparaison entre la cystite et la péritonite tuberculeuses au sujet de la façon dont se produira la guérison. On connaît les effets salutaires de la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse, que l'on attribue au contact de l'air modifiant les tissus atteints. Dans le cas de cystite, l'action de la cystostomie sera double : d'une part, la mise au repos de la vessie supprimant la congestion des parois et agissant comme nous l'avons vu précédemment, et, d'autre part, le contact de l'air venant constituer un nouvel élément de succès. Ces deux actions réunies permettront d'espérer une cure définitive des lésions. Ajoutons que l'ouverture de la vessie facilitera l'emploi des topiques dont on ne peut songer à nier les bons effets, emploi qui est surtout rendu difficile par la difficulté de les faire pénétrer dans une vessie éminemment irritable et de les lui faire supporter.

M. le professeur agrégé Bérard a opéré dans le service de M. le professeur Poncet, et présenté à la Société des sciences médicales de Lyon (séance du 3 mai 1899) un malade qui semble autoriser ces espérances.

OBSERVATION

M..., âgé de vingt-cinq ans, sans antécédents urinaires ou génitaux, d'une santé habituellement bonne, a commencé à souffrir pour uriner et à uriner plus souvent au mois de janvier dernier. Peu à peu, les mictions, plus impérieuses et plus fréquentes, se sont teintées de sang, et quand il entre, le 9 mars, salle Saint-Philippe, il est dans un état d'angoisse vésicale extrême, pisse toutes les cinq ou dix minutes, jour et nuit, ne peut, de ce fait, prendre aucun repos, et il compare ses souffrances à la pénétration d'un fer rouge dans la profondeur du périnée. Il ne boit presque plus pour pisser moins. Les urines sont peu augmentées de quantité, de couleur jaune rougeâtre ou brunâtre, suivant la proportion de sang qui y est mêlée; elles laissent, au repos, un dépôt blanchâtre assez épais.

La palpation de l'hypogastre réveille des douleurs peu vives; l'examen des reins et de l'appareil génital est négatif. La prostate seulement est un peu volumineuse, et bosselée par deux ou trois noyaux indurés.

Devant le peu de succès obtenu jusqu'ici par toutes les instillations urétrales en pareil cas, et devant les recrudescences de douleur déterminées chez ce malade par le passage des instruments dans l'urètre, M. Bérard décide d'aller traiter, s'il y a lieu, directement les lésions de la muqueuse vésicale et du moins d'apporter un soulagement aux douleurs en pratiquant la cystostomie qui, en tout cas, ne fera courir par elle-même aucun risque à l'opéré.

Cette opération est faite sans incident le 14 mars dernier.

L'éclairage de la cavité vésicale par une lampe électrique, quoique assez défectueux, permet néanmoins de constater que les désordres apparents se réduisent presque exclusivement à une congestion et à un épaissement tomenteux de la muqueuse, surtout accusés aux points déclives. La vessie fixée à l'orifice cutané, une certaine quantité de glycérine iodoformée est versée

dans le bas-fond, de façon à constituer un véritable enduit antiseptique par le dépôt de parcelles d'iodoforme. Les applications sont renouvelées pendant les trois jours suivants ; mais une élévation notable de la température les fait alors interrompre. S'agissait-il là d'une de ces poussées critiques telles qu'on les observe souvent dans la convalescence de la péritonite tuberculeuse avant la défervescence finale ? ou bien l'absorption de l'iodoforme doit-elle être incriminée ?

Cette dernière hypothèse est peu vraisemblable, car la température se maintint encore entre 38°,5 et 39 degrés pendant près de trois semaines, puis elle s'abassa, et au bout d'un mois était redevenue normale.

Quoi qu'il en soit, du jour où la vessie fut ouverte, les douleurs et les hématuries cessèrent complètement, vers le milieu d'avril l'orifice sus-pubien commença à s'oblitérer de lui-même et quelques mictions indolores à se faire par le canal.

Depuis le 25 avril, le malade n'urine plus que par la verge, de cinq à sept fois par jour ; la plaie sus-pubienne est aujourd'hui fermée. Les urines restent un peu troubles.

M. Bérard conclut : « Ce succès est évidemment trop récent pour être présenté comme définitif. Le malade qui va rentrer chez lui à la campagne sera suivi. Le résultat tel quel doit, à ce qu'il semble, être rapporté presque exclusivement à la cystostomie temporaire (un mois et demi d'ouverture), moyen de reposer et de décongestionner la vessie, car bien souvent déjà on avait essayé sans succès la glycérine iodoformée, dont l'application ici n'a pas été prolongée plus de trois jours.

« Et, d'autre part, les seules manœuvres intra-vésicales pratiquées pendant la convalescence ont consisté en lavages boriqués de propreté.

« En tout cas, si quelque topique peut agir sur les lésions de la bacillose vésicale, le seul moyen de le faire tolérer par l'organe n'est-il pas précisément de supprimer les contractions réflexes de la tunique musculuse qui entretiennent au plus haut degré les douleurs et la congestion, élément capital d'infection, en pratiquant un abouchement sus-pubien ? »

Nous avons revu le malade opéré par M. Bérard, dans les premiers jours de janvier 1900. Ce malade dont on avait considéré, au moment de son séjour à l'Hôtel-Dieu, un des sommets comme suspect et dont nous avons vu l'état vésical précaire, présente actuellement un état général satisfaisant. Son aspect extérieur donne l'impression de la santé et il nous déclare avoir engraisé. Il nous déclare cependant aussi être sujet à des sueurs et supporter difficilement les travaux pénibles, toutes choses en rapport sans doute avec son état pulmonaire.

Localement, et c'est là pour nous le point intéressant, il ne conserve plus d'autres traces de l'opération qu'il a subie, qu'une cicatrice parfaitement régulière. Il n'a plus souffert, et il urine normalement environ trois fois par jour.

Ce malade est donc non pas amélioré, mais véritablement guéri de sa cystite, et c'est un résultat qui permet de fonder sur la méthode de traitement employée de légitimes espérances.

Nous ne pouvons évidemment nous appuyer sur de nombreuses observations de cystostomie exécutée précocement dans le but d'instituer un traitement non plus seulement palliatif, mais curatif de la tuberculose

vésicale, mais il nous semble que le cas que nous venons de citer mérite d'être pris en grande considération.

Nous pourrions invoquer encore en faveur de cette méthode les bons résultats donnés par elle et attestés, ceux-là par de nombreuses observations dont nous avons donné ici quelques-unes, dans les cas de cystites déjà avancées.

Il ne semble pas téméraire de tirer de ce fait que la cystostomie fait merveille dans les cas de tuberculose vésicale parvenue déjà à un stade avancé de son évolution, où elle est employée seulement après qu'ont échoué l'emploi des topiques et le traitement général, cette conclusion qu'on sera en droit d'attendre d'elle des résultats également bons, meilleurs logiquement, lorsque les lésions seront peu avancées.

On pourrait peut-être hésiter à pratiquer précocement une opération dont on pourrait espérer pouvoir se passer, si c'était une opération grave, difficile, mais il n'en est rien et, de l'avis des chirurgiens qui l'ont pratiquée, c'est une opération d'une grande bénignité. Elle n'est pas à comparer, à ce point de vue, avec les diverses autres opérations pratiquées sur la vessie, dont nous avons vu ailleurs les inconvénients, souvent même les dangers.

Le seul inconvénient qu'on a pu lui reprocher était le désagrément causé par la persistance du méat hypogastrique, que dans certains cas de vieilles cystites on a dû laisser longtemps ouvert, dont même la fermeture a amené parfois une réapparition du cortège des symptômes pénibles contre lesquels on luttait; mais dans le

cas de cystostomie précoce et curative cet inconvénient n'existe même pas, puisque ce méat est destiné à se refermer promptement, dès que les effets bienfaisants de la mise au repos et à l'air de la vessie se seront fait suffisamment sentir.

Si le traitement général joint à l'emploi local des topiques permettait d'escompter des résultats assurés, ce serait évidemment être partisan exagéré de l'intervention sanglante que de proposer une opération, si bénigne fût-elle. Nous avons vu qu'il n'en était malheureusement pas ainsi. Si nous considérons les résultats fournis par le sublimé, nous avons vu que, sur 39 cas choisis par le D^r Banzet, ce dernier ne nous parle que de 6 guérisons, dont une s'étant maintenue six ans, une seconde deux ans, une troisième un an, une quatrième six mois. Il est ensuite question d'amélioration considérable, 7 cas ; d'amélioration peu considérable, 8 cas ; d'amélioration peu sensible ou nulle, 18 cas, et enfin, dans 5 cas, de l'augmentation des symptômes, fréquence et douleurs, par l'emploi du sublimé.

Nous avons vu que sur 20 malades traités par le gaïacol, pas un seul n'avait été guéri complètement ou même amélioré considérablement ; or le sublimé et le gaïacol sont, pour le professeur Guyon, les topiques de choix.

Nous avons vu combien était délicat l'emploi du traitement par les topiques et quels tâtonnements étaient nécessaires.

Nous n'avons d'ailleurs pas l'intention de faire le procès de ce mode de traitement, mais nous constatons son insuffisance, et nous pensons qu'une opération

n'offrant par elle-même pas de gravité, ayant déjà fait ses preuves dans des circonstances moins favorables que celles où nous voulons la mettre, mérite d'être tentée d'une façon précoce.

Loin de vouloir, comme nous venons déjà de le dire, faire le procès du traitement par les topiques, nous pensons que la cystostomie viendra lui porter son appui, de même qu'elle pourra être complétée par lui.

Bien évidemment, l'opération ne peut être justifiée que si le diagnostic est certain; nous avons vu les moyens d'investigation qui offrent au chirurgien cette certitude, et nous insisterons une fois de plus sur les renseignements qui lui seront fournis par les urines.

Cette certitude étant obtenue, pourquoi prolonger indéfiniment un traitement long, douloureux et incertain, pourquoi priver le malade des bénéfices d'une opération bénigne entre toutes?

CONCLUSIONS

La cystostomie sus-pubienne a été jusqu'ici pratiquée surtout à une époque avancée de la cystite tuberculeuse comme traitement palliatif des douleurs : elle a donné dans ces conditions des résultats très satisfaisants, parfois même une amélioration nette des lésions et un arrêt dans leur progression.

Suivant l'avis de M. le professeur Poncet et de M. le professeur agrégé Bérard, appliquée d'une façon plus précoce à la tuberculose vésicale, alors que les lésions sont encore limitées à la muqueuse et ne se traduisent que par de la pollakiurie plus ou moins douloureuse, avec urines troubles, avec ou sans hématuries, cette opération semble devoir être supérieure à tous les traitements médicaux ou chirurgicaux employés jusqu'ici.

Elle peut être alors curative, au même titre que la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse, peut-être par le même mode d'action de mise à l'air des lésions, mais aussi et surtout, en évitant à la vessie les contractions répétées et les poussées congestives qui en résultent et qui mettent l'organe en état de moindre résis-

tance. Elle évite la stagnation du dépôt urinaire infecté dans le bas-fond vésical, et permet les grands lavages qui ne sont pas supportés quand le réservoir est encore pourvu de son sphincter. On pourra, si on le juge à propos, faire facilement par l'orifice sus-pubien telles applications de topiques que l'on voudra (glycérine iodoformée etc.)

Il est urgent, en conséquence, de faire un diagnostic précoce de la tuberculose vésicale : la constatation des bacilles dans les urines centrifugées a été faite assez souvent (Hallé : 70 fois sur 200 examens) ; mais cliniquement la constatation d'urines purulentes sans microorganismes décelables par l'examen direct ou la culture, permet d'affirmer presque sûrement qu'il s'agit d'urines tuberculeuses (Nogués).

Le manuel opératoire ne présente rien de spécial, la fixation de la vessie à la paroi abdominale ne présentant ultérieurement aucun inconvénient, bien que cette cystostomie ne doive être que temporaire. En effet, quand l'état de la vessie est assez amélioré pour que le malade recouvre facilement et sans douleur l'usage du canal de l'urètre, l'oblitération de l'orifice sus-pubien se fait d'elle-même.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PONCET

Vu :

LE DOYEN,
LORTET

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR,
Président du Conseil de l'Université,
G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- BANZET, Traitement des cystites tuberculeuses (Annales des maladies des organes génito-urinaires, juin 1897).
- BÉRARD, Communication à la Société des sciences médicales de Lyon (séance du 3 mai 1899).
- COLAS, de la Tuberculose vésicale, son traitement (thèse de Paris, 1898).
- CLADO, Communication à l'Association française d'urologie (session d'octobre 1898).
- DELAGENIÈRE, Communication à la Société de chirurgie, 27 mars 1895.
- DUPLAY et RECLUS, Traité de chirurgie.
- FORGUE et RECLUS, Traité de thérapeutique chirurgicale.
- NOGUES, Urines purulentes et tuberculose, Association française d'urologie (octobre 1899).
- OGIER, Traitement de la cystite tuberculeuse par la cystostomie sus-pubienne (thèse de Lyon, 1892).
- PONCET et DELORE, Traité de la cystostomie sus-pubienne.
- ROUTIER, Communication au Congrès de chirurgie de Paris (23 octobre 1896).
- VIGNERON, Communication au 7^e Congrès de chirurgie.
-

TABLE

AVANT-PROPOS.	5
INTRODUCTION	7
CHAPITRE PREMIER. — Etude sommaire de la cystite tuberculeuse. Résultats importants fournis par l'examen des urines.	9
CHAPITRE II. — Divers traitements usités contre la cystite tuberculeuse. Résultats obtenus	17
CHAPITRE III. — La cystostomie sus-pubienne. Son manuel opératoire	30
CHAPITRE IV. — La cystostomie sus-pubienne appliquée au traitement de la tuberculose vésicale.	41
CHAPITRE V. — La cystostomie sus-pubienne précoce. Traitement curatif de la tuberculose vésicale.	51
CONCLUSIONS	59
BIBLIOGRAPHIE	61

